280

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/thesepourledocto0000vari_a6p6

ANNÉE 1909. — FACULTE DE MEDECINE DE PARIS. — N° [redacted]

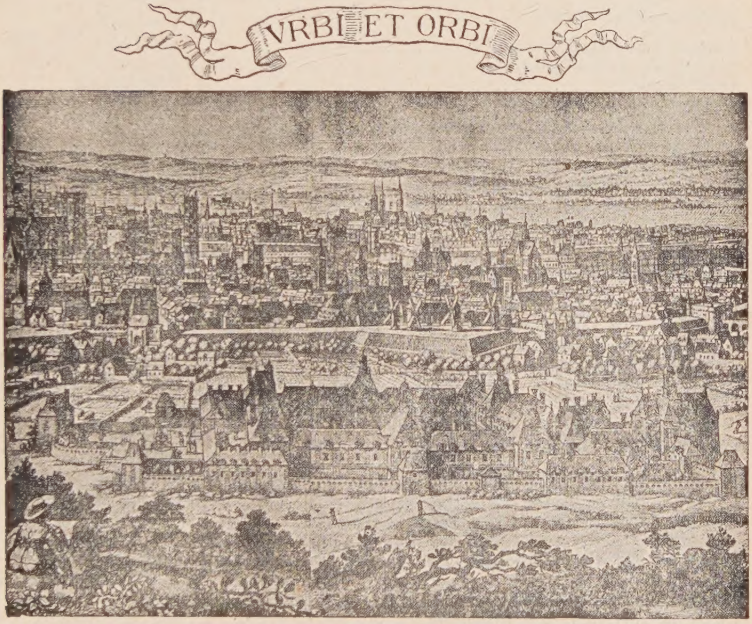
THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 9 Juin 1909, à 1 heure

PAR

Alexandre ROUGIER

Né à Bujaleuf (Haute-Vienne) le 14 Mai 1884



L'HOSPITAL SAINT LOUIS EN 1620

Syphilis Tertiaire de L'urèthre

Président : M. GAUCHER, *professeur*

Juges : MM. PINARD, *professeur*
MACAIGNE, *agrégé*
COUVELAIRE, *agrégé*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
HENRI JOUVE, 15, Rue Racine

1909

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN	M. LANDOUZY
PROFESSEURS	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	BRISSAUD / DEJERINE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM / DIEULAFOY / DEBOVE / LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	DELBET / QUENU / RECLUS / SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	PINARD / BAR / RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

Agrégés en exercice

MM.

AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON (F.)	DUVAL (P.)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LOEPER	RENON
BROCA (A.)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (A.)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBE (M.)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA GRAND'MÈRE

A MES CHERS PARENTS

Modeste témoignage de ma reconnaissance

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GAUCHER

Professeur à la Faculté de Médecine
Médecin des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur

A MONSIEUR LE DOCTEUR DRUELLE

Chef de Clinique
Adjoint à la Faculté de Médecine

Syphilis Tertiaire de l'Urèthre

AVANT-PROPOS

En terminant mes études médicales je suis heureux d'adresser mes remerciements à tous ceux qui m'ont éclairé de leur science et guidé par leurs conseils.

Je dois beaucoup de reconnaissance à M. Druelle qui a bien voulu me donner des renseignements utiles sur mon sujet de thèse et guider mes recherches.

Je remercie mes maîtres de Limoges, MM. Perigord et Boulland, dans le service desquels j'ai appris les premières notions de pathologie et de clinique interne, M. Chenieux dans le service duquel j'ai appris les premières notions de pathologie et de clinique externe.

Je suis fier d'avoir été l'élève d'un maître tel que

le Professeur Pinard auquel je dois mes connaissances en obstétrique.

Je dois encore beaucoup de connaissances précieuses à l'enseignement de MM. Debove, Kirmisson, Albarran dont je fus successivement l'élève.

M. le Professeur Gaucher a bien voulu me faire l'honneur d'accepter la présidence de ma thèse, je le prie d'agréer l'hommage de ma profonde gratitude.

INTRODUCTION

Le virus syphilitique peut manifester sa présence dans l'organisme humain par des localisations sur toute la surface cutanée ou muqueuse et à toutes les périodes de la syphilis.

Cependant la période tertiaire est « la grande étape de la syphilis », c'est l'étape néfaste par excellence, celle où se donnent rendez-vous toutes les manifestations importantes et graves de la maladie (syphilis cérébrale, syphilis médullaire, artérielle, laryngée, pulmonaire, hépatique, rénale, cardiaque, etc., etc.) c'est-à-dire toutes celles qui contribuent à donner à cette affection si fréquente un pronostic si redoutable.

Quelques-unes de ces manifestations sont connues de très vieille date et tout particulièrement le « tertiarisme externe ». Un bien plus grand nombre et surtout le « tertiarisme interne » ont pendant longtemps échappé aux observateurs.

Ils les avaient bien constatées, mais ils ne savaient pas les rapporter à leur cause véritable : la syphilis. Il y avait à ce point de vue une erreur d'interprétation analogue à celle faite par Virchow lorsqu'il

prenait les masses caséeuses pour des reliquats inflammatoires.

A la fin du XVIII[e] siècle le syphiliographe Hunter disait : « Les viscères sont non susceptibles de l'action syphilitique. »

On sait aujourd'hui qu'ils peuvent au contraire être, presque sans exception, frappés par l'infection et de ce fait on a pu annexer à la syphilis quantité de manifestations dont l'origine était restée méconnue jusqu'alors.

Grâce à leur fréquence on a pu étudier à fond certaines d'entres elles (syphilis du foie, du rein, du poumon, rétrécissements syphilitiques du rectum et surtout aortites et artérites syphilitiques).

Il est banal de voir une glossite scléreuse, une gomme du voile du palais, une syphilis du nez et des fosses nasales ; il est par contre très rare de rencontrer des lésions tertiaires de l'urèthre. En 1901 le professeur Fournier en comptait 19 cas seulement dans sa statistique de ville portant sur 151 affections tertiaires de la verge, c'est dire le peu d'affection du tertiarisme pour l'urèthre,aussi ayant eu l'occasion d'en observer un très beau cas à l'hôpital Saint-Louis dans le service du professeur Gaucher, nous avons cru intéressant de faire *un travail d'ensemble* sur cette question peut-être inconnue de certains praticiens et dont beaucoup n'ont certainement pas vu d'exemple.

Je sais bien qu'en 1905 le D[r] Florea Simonescu fit paraître une brochure où il présente une étude assez

complète de la syphilis uréthrale à ses trois périodes ; mais si les deux premières sont longuement traitées, la troisième en revanche nous paraît écourtée. Etant donné son peu de fréquence elle mérite d'être à nouveau rappelée à l'attention des médecins de façon à ce qu'ils pensent à la possibilité de cette lésion et qu'ils ne passent pas à côté du diagnostic vrai.

CHRONOLOGIE ET FRÉQUENCE

La syphilis tertiaire de l'urèthre est une affection rare dont on ne connaît que peu d'exemples. La statistique de Fournier que nous avons signalée dans l'introduction est assez démonstrative à cet égard étant donné le nombre de syphilitiques que ce grand syphiliographe a eu à examiner. Charles Mauriac, médecin de l'hôpital du Midi, Jullien, Lailler, Loumeau, Finger et un certain nombre d'autres auteurs dont nous mentionnerons les observations dans cette thèse, en ont observé eux aussi quelques cas.

A quel moment de l'évolution de la syphilis se produisent les lésions tertiaires de l'urèthre ? Eh bien ! elles peuvent se produire à toutes les phases de la syphilis.

Cependant, si quelquefois elles sont assez précoces pour apparaître trois mois seulement après l'accident primitif (Mauriac cite l'exemple d'un homme de vingt-huit ans qui ayant contracté la syphilis en août 1885 revient à l'hôpital en novembre de la même année avec une vaste ulcération balano-préputiale compliquée de fistule uréthrale), généralement elles apparaissent seulement bien plus tard,

huit, dix, quinze, vingt ans après, parfois même davantage.

C'est donc plutôt une lésion tardive, différant en cela de nombre d'autres syphiloses cutanées ou viscérales ; c'est même un caractère spécial de l'affection, caractère expliquant l'absence de lésions concomitantes, cet état d'isolement spécial qui est un des principaux attributs du tertiarisme uréthral ; aussi voit-on souvent les sujets qui en sont atteints croire à une maladie nouvelle faisant suite à une contagion récente.

SYMPTOMATOLOGIE

Les lésions syphilitiques tertiaires de l'urèthre ont un certain nombre de caractères communs qui manquent rarement et que nous allons d'abord signaler :

1° Généralement leur invasion est insidieuse, inaperçue, c'est par hasard que le malade découvre sa lésion, car la douleur est insignifiante.

2° Leur évolution est lente ; il faut longtemps pour atteindre des proportions inquiétantes pour le malade et même à ce moment-là elles ne s'opposent pas absolument à l'exercice des organes.

3° Pas ou peu de réaction locale et générale ; les ganglions lymphatiques restent intacts dans le syphilome tertiaire ; le diagnostic différentiel avec le chancre induré est donc facile puisque ce dernier s'accompagne toujours du « préfet de l'aine » ; le bubon de l'aine lorsqu'il existera différenciera nettement le chancre simple.

4° Il semblerait fréquent de voir ces lésions ulcérées se montrer non contagieuses.

Mauriac a rapporté un cas dansl equel cette noncontagiosité est évidente. Il s'agit d'un homme ayant sur le gland des lésions ulcéreuses étendues dont il

souffrait d'ailleurs très peu ; sa femme, une passionnée, avait l'habitude et pour son plaisir à elle de frotter à ses lèvres la verge de son mari ; malgré les ulcérations elle n'en continua pas moins de s'adonner à son plaisir favori et ne présenta aucun accident, quelques expériences faites à ce sujet paraissent assez démonstratives. Cependant il est peut-être prématuré de se prononcer d'une façon formelle.

5° On peut dire que dans la très grande majorité des cas ce sont les régions antérieures du canal et presque toujours la portion balanienne qui sont prises ; les régions postérieures, au contraire, sont respectées.

Il faudra se méfier de cette règle générale dans les cas d'infiltration gommeuse car on la trouverait souvent en défaut.

Etudions maintenant les lésions elles-mêmes. Ce ne sont point des lésions spéciales, la syphilis tertiaire se manifeste dans l'urèthre comme dans les autres organes, soit par des gommes, soit par des ulcérations parfois suivies de rétrécissements.

L'urèthre est atteint de deux façons par l'affection :

Primitivement, c'est-à-dire par le fait de lésions débutant par le canal ;

Secondairement, c'est-à-dire par le fait de lésions propagées au canal par continuité.

Dans le premier cas, la lésion consiste la plupart du temps en une ulcération primitive, une syphilide

ulcéreuse ; parfois cependant c'est une gomme qui débute et qui s'ulcère postérieurement.

Dans le deuxième cas, au contraire, ce sont les gommes qui sont les plus fréquentes, mais les ulcérations primitives ne sont point rares.

Les gommes ont généralement la forme d'un exsudat péri-uréthral rétrécissant le canal ; il y a de la gêne à l'émission de l'urine, mais cette gêne sera de courte durée car la gomme ne tarde pas à se ramollir et à éliminer son contenu ; le calibre de l'urèthre se trouve ainsi rétabli ; ce sont des pseudo-rétrécissements.

A ce moment se produisent parfois des hémorragies ; il est rare qu'elles soient graves ; ce qui est plus fréquent ce sont les fistules.

Le mécanisme qui les produit est facile à mettre en évidence.

La gomme s'ulcère à la fois à l'extérieur et à l'intérieur dans l'urèthre, créant ainsi un canal anormal par lequel s'écoulera l'urine au moment de la miction, quelquefois l'ulcération ne se fait pas à l'extérieur, on a alors une cavernule communiquant avec l'urèthre et qui retiendra quelques gouttes d'urine ; il suffira de presser avec les doigts pour les faire sourdre au méat.

Il est aussi des cas où ce sont les ulcérations balaniques ou balano-préputiales qui en creusant les tissus sous-jacents perforent l'urèthre. Notons en passant que ces fistules se produisent dans la très grande

majorité des cas à la face inférieure du gland au niveau du frein.

L'aspect des lésions est donc tout à fait différent suivant l'époque à laquelle on examine le malade :

1° La gomme est à l'état de crudité et assez volumineuse pour intéresser le canal. Le malade se plaint de difficultés de la miction, le jet est faible et la miction prolongée ; la douleur nulle ; les lèvres du méat sont épaissies et violacées ; si on les écarte il est généralement facile d'apercevoir la gomme, petite tumeur rougeâtre bombant à l'intérieur du canal.

Parfois le gland est complètement envahi et d'une dureté massive, le canal transformé en une tige rigide très facile à sentir à la palpation, cette sclérose dépasse rarement la fosse naviculaire, on l'a vue cependant se prolonger vers la racine de la verge en « manche de raquette ».

2° Il y a ulcération.

α) Le processus ulcéreux est superficiel.

On voit alors une muqueuse érodée et rouge foncé ; l'ulcération est généralement indolente, à contour circulaire ou ovalaire, le fond est vernissé et se continue presque de plein pied avec les bords non décollés ; la base offre un type d'induration globuleuse qui n'est pas sans analogie avec celle du chancre induré.

β) Le processus est plus profond.

La muqueuse est alors complètement détruite ; les tissus sous-jacents sont attaqués à leur tour ; l'urèthre lui-même se laisse envahir ; c'est dans ces

cas que l'on trouve la déformation quasi-caractéristique « en entonnoir », due à une vaste perte de substance ; le fond est inégal, déchiqueté, grisâtre, pultacé, parfois même noirâtre, simulant la gangrène.

On a affaire à un véritable phadégénisme térébrant.

Chez la femme

La syphilis tertiaire de l'urèthre existe et chez l'homme et chez la femme.

Chez qui est-elle le plus fréquente ? Fournier et avec lui plusieurs auteurs pensent que c'est chez la femme. Les statistiques manquent, mais il est un fait certain c'est que les syphilides ulcéro-membraneuses sont plus douloureuses chez la femme que chez l'homme et cela parce qu'elles s'accompagnent plus fréquemment chez elle d'inflammation aiguë.

Nous dirons quelques mots seulement du tertiarisme uréthral de la femme, nous proposant dans cette thèse de nous étendre davantage sur cette même affection chez l'homme.

Comme chez ce dernier, l'urèthre de la femme peut être atteint primitivement ou secondairement ; le premier cas est tout à fait exceptionnel. Il en existe cependant un très bel exemple au musée de l'hôpital Saint-Louis.

Généralement on voit d'abord une gomme se développer au voisinage du méat; elle s'ulcère ; cette ulcération, qui s'étend à la fois en profondeur

et en largeur, ne tarde pas à gagner le vestibule, le méat puis l'urèthre qui prend bientôt la forme d'un « entonnoir ».

Le méat n'existe plus ; la lésion peut même se propager très avant dans l'urèthre ; Virchow a trouvé à l'autopsie d'une femme de quatre-vingt-quatre ans syphilitique depuis sa jeunesse une ulcération qui avait atteint non seulement le méat, mais l'urèthre, mais le vagin et même la vessie, c'est là un fait exceptionnel.

Le diagnostic différentiel est parfois assez difficile à faire. La dureté des tissus, la forme généralement évidée du méat, la coloration lie de vin, le suintement sanguin de l'ulcération peuvent donner le change et faire croire à une lésion épithéliomateuse.

Ne jamais manquer dans des cas semblables de s'enquérir très soigneusement des antécédents et de rechercher les stigmates de la vérole : Voir s'il y a de la pigmentation du cou, de l'engorgement des ganglions rétro-cervicaux, de l'iritis, une langue ficelée, une perforation du voile, des cicatrices de gommes cutanées.

En cas de doute on pourra essayer le traitement spécifique mais s'il n'agit pas presque immédiatement on le cessera car il semble que l'iodure donne un coup de fouet aux tumeurs cancéreuses.

S'il s'agit de syphilis les ulcérations se cicatriseront très rapidement, mais en laissant parfois des lésions consécutives nécessitant une nouvelle intervention.

Chez l'homme

Les lésions uréthrales tertiaires sont dans la plupart des cas, chez l'homme comme chez la femme, des lésions propagées mais nous verrons par quelques exemples qu'elles peuvent aussi être primitives.

Leur siège de prédilection est l'extrémité pénienne de l'urèthre, on pourrait même dire la région balanique ; la syphilis « se désintéresse » ordinairement de la région moyenne et surtout postérieure de l'urèthre.

Syphilis tertiaire primitivement uréthrale

OBSERVATION I

(Fournier)

Il s'agit d'un malade ayant eu une syphilis sérieuse en 1859 et qui en 1874 présente un profond ulcère du sillon balano-préputial d'origine gommeuse. A 4 millimètres de l'entrée du meat on trouve dans l'urèthre une ulcération se continuant plus avant dans le canal, identique comme aspect à l'ulcération balano-préputiale et évoluant en même temps quoique en étant complètement indépendante ; cette ulcération est absolument limitée à l'urèthre et n'atteint pas le méat ; il est donc bien évident que c'est une ulcération primitive-

ment uréthrale. La douleur est à peu près nulle. Il y a tout lieu de croire que l'on a affaire à une affection spécifique puisque le traitement fait disparaître très rapidement ces deux ulcères.

OBSERVATION II

(Fournier)

Sujet syphilitique présentant une induration très nette de l'urèthre se prolongeant vers la racine de la verge dans une étendue de 3 ou 4 centimètres. Une fistule s'ouvre au niveau de la fossette gauche du frein. Douleur très modérée. On ne trouve pas d'autre lésion sur le gland.

OBSERVATION III

(Fournier)

Jeune homme syphilitique affecté d'une lésion gommeuse phagédénique occupant le sillon et la couronne du gland. En même temps le malade se plaint d'un écoulement *douloureux* (chose rare). En entr'ouvrant le méat on n'aperçoit ni gomme ni ulcération ; quelques jours après seulement, le même examen révèle la présence d'une ulcération exclusivement intra-uréthrale qui ne tarde pas à sortir au dehors par le méat, pour former à la surface du gland un véritable type d'ulcération tertiaire : grande plaie jaunâtre, crémeuse, mamelonnée. Il est de toute évidence qu'on se trouvait dans ce cas particulier en présence d'une syphilide primitivement uréthrale.

Le malade soumis au traitement guérit. Plusieurs semaines après, récidive ; mêmes phénomènes, mêmes lésions.

Même traitement ; guérison. Nous avons signalé l'écoulement que présentait ce malade ; il s'écoulait par l'urèthre un liquide jaune purulent avec aspect blennorragique ; l'état du pénis fait éliminer d'emblée la possibilité d'une contagion récente ; l'écoulement et la douleur pendant la miction augmentent parallèlement, caractères pouvant faire songer à une blennorragie d'où le nom d'écoulements blennorroïdes qui leur fut donné.

Nous aurons à y revenir à propos du syphilome cylindroïde et nous établirons alors le diagnostic différentiel.

OBSERVATION IV

(Casper)

Casper rapporte l'observation d'un ancien blennorragique âgé de trente et un ans, qui, après un coït suspect, présente un écoulement. Rien à l'extérieur sur le gland ; il est soigné pour blennorragie et au bout de six semaines on est très étonné de ne voir aucune amélioration à son état.

C'est alors que Casper lui ayant fait avouer, avec beaucoup de difficultés d'ailleurs (ce qui est assez fréquent), une syphilis ancienne, pense qu'il peut s'agir d'une manifestation uréthrale de syphilis tertiaire ; il institue immédiatement le traitement général spécifique et localement fait prendre des injections de glycérine au sublimé.

Au bout de quinze jours l'écoulement est terminé et la gomme ramollie qui en était la cause est guérie.

OBSERVATION V

(Mauriac)

M. A..., âgé de quarante ans, a contracté la syphilis depuis 1868 lorsqu'il se présente au médecin en 1885.

Il est atteint d'un écoulement muqueux, incolore, visqueux et indolore. Ce malade, qui a déjà contracté plusieurs blennorragies, s'aperçoit lui-même que son écoulement actuel diffère de ceux qu'il a présentés lors de ses chaudepisses.

Quelques jours après le début de l'affection, le côté gauche du gland s'indure, se tuméfie en même temps que deux ulcérations apparaissent au voisinage du méat sur la muqueuse balanique.

Tout l'urèthre balanique est bientôt induré et l'écoulement devient purulent. Le Dr Culot, de Maubeuge, administre alors l'iodure de potassium à fortes doses : tuméfaction, induration et écoulement disparaissent rapidement ; seule la cavernule balanique, qui par sa fonte avait donné à l'écoulement son aspect purulent, persiste et retient les dernières gouttes d'urine après les mictions.

Syphilis tertiaire uréthrale par propagation

Ce deuxième mode d'infection est de beaucoup le plus fréquent. Deux mécanismes peuvent le produire :

α) Une ulcération existe d'abord sur le gland ; elle s'étend, pénètre dans le méat et intéresse alors l'urè-

thre ; elle dépasse rarement 2 à 3 centimètres d'avant en arrière. Le sommet de la verge est dans ces cas d'une dureté cartilagineuse et l'urèthre lui-même prolonge assez souvent cette dureté sous la forme d'un cordon dur comparable à un « tuyau de pipe ».

Au lieu d'atteindre l'urèthre par le méat, l'ulcération peut creuser les tissus sous-jacents et fistuliser l'urhètre.

β) Une gomme existe dans les corps caverneux mais surtout dans le gland ; elle s'ulcère en dedans du côté de l'urèthre qu'elle perfore de dehors en dedans. Postérieurement elle s'ouvrira aussi à l'intérieur, créant une fistule. Cette ulcération à l'intérieur ne se produit pas toujours.

Il est bien évident que le diagnostic différentiel de ces deux modes de propagation peut seulement être fait au début des lésions. Disons toutefois que c'est sous le type gommeux, c'est-à-dire sous le type β, que se présente le plus souvent la syphilis uréthrale à la période tertiaire. Un méat à lèvres tuméfiées entre lesquelles on aperçoit une gomme si on les entr'ouvre ; le gland sclérosé ; l'urèthre transformé en tige rigide à sa partie antérieure, rarement dans toute la portion pénienne, voilà des signes nets et, pourrait-on dire, constants, qui imposent le diagnostic.

Les cas n'en sont pas très rares. Un assez grand nombre d'auteurs ont observé des malades de ce genre ; entre autres Fournier, Brownson, Michaelis, Balzer, Mauriac.

Je n'en citerai que trois observations.

OBSERVATION I

(Mauriac)

Un homme âgé de cinquante ans a contracté un chancre syphilitique à l'âge de trente ans. Au moment où il se présente à la consultation, on voit au niveau du sillon balano-préputial plusieurs ulcérations profondes ; quelques jours plus tard les tissus sous-jacents sont détruits, l'urèthre mis à nu et perforé, si bien que l'urine s'écoule par cinq fistules.

Trois se fermèrent spontanément au bout de deux mois de traitement, les lésions étaient à peu près cicatrisées mais deux fistules persistèrent et pour cause : le méat était obturé par une cicatrice et c'était par elles que se faisait la miction.

OBSERVATION II

En 1904, le professeur Gaucher et Rostaine ont observé un malade chez lequel on trouvait des gommes des corps caverneux et en même temps des gommes du gland ayant envahi la paroi inférieure de l'urèthre.

Il s'agit d'un homme de vingt-sept ans qui vit d'abord apparaître un petit bouton à droite du frein ; ce bouton s'ulcéra. Mal traitée à Lille et à Gand, l'ulcération gagne l'urèthre et le malade urine par une fistule.

En janvier 1904, il vient à Saint-Louis avec un large orifice uréthral ulcéré au niveau du frein ; cette ulcération

remonte presque jusqu'au méat et entoure à peu près complètement le gland.

Pas de douleurs, pas de ganglions,on trouve en outre dans les corps caverneux de nombreux nodules durs ayant la forme d'une olive, rendant l'érection incomplète par imperméabilité au sang des segments atteints ; ce sont des gommes.

Dans le cas particulier, ces nodules étant situés à la partie inférieure de la verge, il se produit au moment de l'érection une incurvation de la verge semblable à celle observée dans la chaudepisse cordée mais quelle différence dans l'intensité de la douleur !

Au bout de deux mois de traitement les lésions sont guéries mais la guérison des gommes uréthrales a entraîné la destruction de toute la paroi inférieure de l'urèthre balanique ; les gommes des corps caverneux sont maintenant à peine palpables ; quelques jours après, disparition complète.

OBSERVATION III

Il s'agit ici d'un cas récent observé à l'hôpital Saint-Louis et publié dans la *Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie* le 19 avril dernier par MM. Gaucher et Druelle.

G... Maurice, âgé de vingt-neuf ans, traité à la clinique des maladies internes et syphilitiques, pour des manifestations spécifiques, a eu un chancre induré il y a sept ans ; le malade se soigna mal à ce moment-là.

Il y a deux ans ce malade fut admis dans le service de M. le professeur Gaucher, et on constata des syphilides

ulcéro-croûteuses voisines du gland et du scrotum. Quelques injections de benzoate de mercure et l'iodure de potassium les firent disparaître rapidement.

Il y a un an apparurent des gommes du gland et du sillon balano-préputial ; le traitement précédent ne tarda pas à les guérir mais une de ces gommes, située à gauche du frein, fut suivie d'une fistule urinaire.

Il y a trois mois les mictions devinrent douloureuses et une tuméfaction se manifesta à la face inférieure de la verge ; ces lésions rétrocédèrent spontanément.

Le 23 mars 1909 le malade revint dans le service pour des phénomènes analogues mais d'intensité plus grande. Depuis quinze jours les douleurs à la miction sont vives ; la miction elle-même se fait péniblement, il faut que le malade pousse ; le jet est mince et prolongé.

De plus il y a un léger écoulement uréthral, écoulement jaunâtre peu épais. L'urèthre pénien est infiltré et tuméfié mais la tuméfaction n'est pas uniforme ; on a la sensation de petites nodosités séparées les unes des autres par un canal infiltré et induré ; en palpant l'urèthre on voit apparaître au méat un liquide gommeux non purulent.

Le diagnostic est facile et net. Des gommes de l'urèthre ramollies se sont ouvertes dans le canal uréthral.

L'urine est trouble ; l'érection est peu douloureuse et la verge se recourbe vers le haut. Pas d'adénopathie inguinale.

Deux centigrammes de benzoate de mercure et 4 grammes d'iodure de potassium ont rapidement amélioré l'état du malade.

Ce cas est donc très intéressant puisqu'on y voit : 1° des

gommes du gland attaquant l'urèthre secondairement ; 2° des gommes primitivement uréthrales.

Syphilome cylindroïde

Il me reste à parler maintenant d'une autre manifestation de la syphilis sur l'urèthre, toujours à la période tertiaire bien entendu : Je veux dire le syphilome cylindroïde.

Qu'est-ce donc que le syphilome cylindroïde ?

C'est tout simplement une infiltration gommeuse de l'urèthre aboutissant à un rétrécissement : le canal est dur, comparable à une « baguette de fusil » ; on croirait palper l'urèthre sur une sonde. Il y a une certaine analogie avec l'urèthre des blennorragies cordées ; mais ici la douleur est très inconstante. Quand elle existe elle est très peu intense, contrastant singulièrement avec ces douleurs si vives ressenties par le malade atteint de chaudepisse, qui l'obligent parfois à se casser la corde.

L'infiltration syphilitique de l'urèthre revêt deux formes différentes : la forme scléreuse et la forme scléro-gommeuse.

Hâtons-nous de dire que la première à l'état de pureté est une manifestation tout particulièrement rare et heureusement car elle est grave et résiste au traitement.

La deuxième, la plus fréquente, est plus bénigne

et cède à un traitement approprié ; toutes les gommes disparaissent ; seuls persistent les îlots sclé-reux.

Il est fréquent de trouver d'autres lésions syphilitiques accompagnant le syphilome cylindroïde, à la partie tout à fait antérieure de la verge, cependant il peut exister isolément.

Véale croyait à la fréquence de l'infiltration syphilomateuse des parois de l'urèthre. Tel n'est pas l'avis de M. Alex-Renault, pour qui c'est une manifestation exceptionnelle de la syphilis.

Le 3 décembre 1903, à la séance de la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie, M. Alex-Renault disait : « Il ne me semble pas téméraire d'avancer que la lésion dont est atteint le malade présent devant vous n'a jamais été vue par la plupart des membres composant notre société.

« Pour mon compte personnel, depuis plus de vingt ans que je soigne des vénériens je n'avais pas encore rencontré cet accident tertiaire de la syphilis. »

La première observation authentique date du mois d'août 1849 et a été rapportée par Notta de Lisieux, dans les *Archives générales de Médecine*. On en trouve 3 cas dans les leçons de Fournier qui dit en avoir observé une demi-douzaine, Johnson, Zeilss, Brownson, Harisson, Véale, Thomson (2 cas) ont eu eux aussi l'occasion d'observer le syphilome cylindroïde.

Dans la bibliographie de Proksch, une des plus

complètes qui existent sur les maladies vénériennes, il n'y a pas d'indication d'autres cas.

OBSERVATION I

(Renault)

Le malade ayant contracté la syphilis en 1884 n'a pas suivi de traitement pendant les deux premières années de sa maladie. En 1886 il a des plaques muqueuses, en 1903 des syphilides ulcéreuses du scrotum guéries assez vite.

On découvre en outre au niveau du périnée, en arrière du scrotum, une tumeur dure de la grosseur d'une noix, et qui n'est autre chose que du tissu scléreux résultant de la cicatrisation d'une gomme ouverte et fistulisée un an auparavant à Nancy dans le service du Dr Février.

De plus l'urèthre, jusqu'au frein, est entouré d'un manchon offrant une dureté pierreuse, ce cylindre engaînant se continue en arrière avec la tumeur précitée ; les deux lèvres du méat offrent elles aussi une dureté anormale et s'écartent difficilement l'une de l'autre ; la muqueuse est normale ; il n'y a pas d'écoulement.

Ces lésions sont absolument indolores, c'est à peine si elles gênent le malade et c'est par hasard qu'il a reconnu leur existence ; vu leur indolence il s'en préoccupait d'ailleurs peu.

Le jet d'urine est mince et prolongé, il y a rétrécissement de l'urètre. A l'entrée du malade à l'hôpital on n'introduisait que le numéro 6 de la filière Charrière.

On donne 3 grammes d'iodure par jour puis le traitement mixte : guérison presque complète.

Cependant au tissu gommeux se joignait un élément sclé-reux qui a persisté, aussi le calibre de l'urèthre n'a-t-il pu être ramené à son volume normal, mais le malade urine bien et est satisfait.

OBSERVATION II

(Albarran)

Il s'agit d'un homme de trente-six ans ayant eu trois ans auparavant un chancre phagédénique du méat ; les manifestations secondaires avaient été très graves : chute des dents, ulcérations étendues du voile du palais. Lorsque le professeur Albarran vit ce malade pour la première fois le gland était complètement déformé par de vastes ulcérations ; l'urèthre scrotal et même périnéal était induré et bosselé.

Par l'orifice du méat on pouvait introduire une sonde à boule n° 8, mais à 1 centimètre de profondeur seulement, elle était arrêtée par un rétrécissement; la palpation révélait une induration péri-uréthrale de l'orifice antérieur de l'urèthre, induration s'étendant jusqu'au niveau du bulbe.

Le traitement spécifique mixte employé pendant six semaines fit disparaître presque complètement tous les symptômes.

Cependant le rétrécissement persistait, car on ne put dépasser le numéro 38 Benigué.

Fissiaux rapporte un cas sensiblement analogue

mais existant chez une femme, c'est pourquoi nous ne croyons pas inutile de le rapporter.

Il s'agit d'une prostituée ayant eu précédemment un chancre à la vulve suivi de plaques muqueuses gingivales. Lorsqu'il fut appelé à examiner cette femme, Fissiaux constata une ulcération de la jambe avec périostite du tibia, de toute évidence de nature spécifique. La malade se plaignait en outre d'avoir des mictions pénibles, longues et douloureuses.

Le cathétérisme uréthral fit facilement reconnaître l'existence d'un rétrécissement prononcé siégeant à 5 millimètres du méat.

OBSERVATION III

(Dr Glantenoy, recueillie à Saint-Louis en 1896.)

Un malade ayant eu la vérole en 1891 se plaint de « gerçures » au niveau du gland ; quelques jours après on constate au niveau du frein un noyau dur et limité, ce noyau ne tarde pas à s'étendre, à s'allonger progressivement, gagnant l'urèthre naviculaire puis la région pénienne.

Les deux syphilides du gland se creusent en même temps qu'elles s'élargissent.

A ce moment-là apparaît un écoulement opalin tachant le linge.

Traitées pendant quelques jours les lésions s'améliorent rapidement mais le malade cesse le traitement, aussitôt les lésions reprennent leur marche envahissante.

On consulte le professeur Fournier qui constate un rétrécissement surtout marqué à la partie postérieure de l'urè-

thre scrotal : le canal est noueux et très dur, l'écoulement abondant, trois syphilides ulcéreuses au lieu de deux sur le gland.

On donne deux pilules de protoiodure de 0 gr. 05 et 3 grammes d'iodure de K chaque jour : le malade prend en plus des bains quotidiens : quinze jours après, disparition presque absolue des lésions.

Mauriac a observé un cas très analogue.

Nous venons de voir trois exemples de syphilome cylindroïde dans lesquels à l'infiltration uréthrale se joignaient d'autres lésions coexistantes, c'est la règle, mais un urèthre induré peut être l'unique lésion.

OBSERVATION IV

Un malade syphilitique depuis plusieurs années se plaint d'une légère dysurie ; pas d'écoulement. L'examen du malade fait constater au palper une infiltration cylindrique de l'urèthre au niveau des régions scrotales et périnéales sur une étendue de 4 centimètres environ. Le cathétérisme révèle la présence d'un rétrécissement notable expliquant la dysurie. On institue immédiatement le traitement ; la guérison suivit très rapidement.

Voici maintenant un cas d'infiltration gommeuse sans rétrécissement et sans lésions coexistantes. Il a été observé par M. Hudelot, médecin de l'hôpital Tenon, il y a quelques mois à la consultation de

Cochin. L'observation complète n'a malheureusement pas été prise.

OBSERVATION V

C'est un malade ayant eu un chancre induré de la verge plusieurs années auparavant et qui présentait une tuméfaction non douloureuse de l'urèthre postérieur. A la palpation on sentait très nettement un manchon péri-uréthral allant en s'effilant pour se terminer à la partie moyenne de l'urèthre pénien. Pas d'écoulement. On se demanda au premier abord si ce n'était point quelque chose de gonococcique et on pratiqua le cathétérisme qui permit de constater un calibre uréthral normal.

M. Hudelo porta alors le diagnostic de syphilome tertiaire de l'urèthre avec infiltration gommeuse et fit donner de l'iodure de potassium au malade.

Trois semaines après, la lésion avait complètement disparu.

Nous avons étudié la symptomatologie des rétrécissements de l'urèthre dus au syphilome cylindroïde, il faut maintenant dire quelques mots des rétrécissements dus à la cicatrisation des ulcérations.

Les ulcérations, anfractueuses, à bords déchiquetés, dont nous avons souvent noté l'existence précédemment au voisinage du méat aboutissent parfois à des pertes de substances assez étendues ; sous l'influence d'un traitement approprié, ces lésions se cicatrisent toujours facilement et vite : aux trois

premières phases, infiltration gommeuse, ramollissement et ulcération, fait suite une quatrième phase : celle de cicatrisation et de rétraction ; c'est le tissu cicatriciel scléreux qui va rétrécir et déformer progressivement le canal, obturer le méat.

Nous avons observé cette obstruction du méat dans un cas de Mauriac ; le professeur Albarran a observé lui aussi un très bel exemple de ce genre de lésions.

De telles lésions sont d'ordre rare et le diagnostic en est cependant facile. Quant au traitement il diffère bien entendu complètement de celui des rétrécissements par infiltration gommeuse. L'iodure est tout à fait inefficace contre des lésions cicatricielles, fussent-elles d'origine spécifique.

Il faudra essayer ici la dilatation progressive mais le plus souvent on devra faire appel au chirurgien pour une opération sanglante.

Ulcération chronique de l'urèthre féminin

West a décrit comme manifestation tertiaire de la syphilis une forme d'ulcération chronique de l'urèthre féminin, avec gonflement de la partie antérieure de l'urèthre et dureté spéciale des tissus environnants rendant le méat irrégulier.

Les quelques cas sur lesquels il s'est appuyé pour formuler son opinion ont été observés sur des prostituées chez qui la syphilis n'était point certaine.

D'autre part, Œdmanson de Stockholm, qui a étudié lui aussi cette affection sur des prostituées, nie son origine syphilitique.

Il est donc probable que cette lésion est due tout simplement à une irritation chronique de l'urèthre due aux frottements répétés auxquels ces femmes sont exposées de par leur profession. Il est toutefois prématuré de se prononcer d'une façon définitive et l faut attendre d'avoir pu examiner un plus grand nombre de cas.

Syphilis héréditaire

Ne pas parler de la syphilis héréditaire serait faire une lacune regrettable car on a trouvé des lésions tertiaires de l'urèthre chez des hérédo-syphilitiques; avouons cependant que ce sont des cas tout à fait exceptionnels.

En 1901, Fournier fut appelé à voir un jeune homme de dix-neuf ans manifestement hérédo-syphilitique (antécédents héréditaires, cicatrices de gommes, hyperostose du tibia, kératite interstitielle, triade d'Hatchinson.)

Le malade présente à la verge une lésion ayant débuté il y a trois mois par un écoulement purulent et une balanite avec phymosis. La verge ne tarda pas à se tuméfier considérablement et on dut inciser le prépuce légèrement ulcéré sur les bords.

On découvrit alors à la face inférieure du gland une vaste ulcération ayant déjà détruit une certaine partie du gland et

ouvert l'urèthre à sa partie inférieure ; l'adénopathie qui était marquée au début a rétrocédé spontanément et presque complètement. Pas de douleurs.

Il fut facile d'exclure l'idée de chancre simple puisqu'il n'y avait pas eu rapport depuis vingt jours ; le diagnostic de néoplasme, étant donné l'indolence presque absolue des lésions, les caractères très spéciaux de l'adénopathie et l'âge du sujet, fut aussi éliminé.

Aurait-on pu penser au chancre induré phagédénique ? Oui, mais il n'y avait pas de phénomènes secondaires.

Le diagnostic de lésion tertiaire hérédo-syphilitique fut porté et le traitement ioduré ne tarda pas à amener la cicatrisation complète.

Diagnostic différentiel général (gommes)

A la période tertiaire la syphilis peut prêter à confusion avec le chancre simple endo-uréthral ; ces deux affections ont cependant quelques caractères propres permettant de les distinguer.

La gomme a une marche lente, elle ne s'ulcère qu'à la longue ; la douleur est peu intense ; elle peut apparaître à une époque très éloignée d'un rapport, ce qui n'a pas lieu pour le chancre simple.

De plus le malade se rappellera qu'il a déjà eu un chancre induré et des plaques muqueuses à moins qu'il ne s'agisse d'une syphilis sans accident primitif connu, ce qui est en somme chose rare.

Le chancre, lui, a une évolution destructive rapide, la douleur est généralement très marquée, surtout

au moment de la miction ; il y a écoulement fétide.

Induration. — Nous avons vu, par plusieurs exemples, que le syphilome de l'urèthre s'accompagne fréquemment d'une induration très marquée de l'urèthre, parfois même du gland.

Malheureusement ce n'est pas là un symptôme pathognomonique de l'infiltration syphilomateuse des parois uréthrales puisqu'on le retrouve aussi dans le cancer primitif du canal uréthral.

L'analogie symptomatique de ces deux affections ne se borne pas là ; elles ont encore deux autres caractères communs : écoulement et rétrécissement avec gêne de la miction.

Nous rappelant les signes du cancer uréthral décrits par le professeur Albarran, nous allons essayer de faire ressortir les quelques caractères différentiels de ces deux lésions permettant de faire un diagnostic à peu près certain.

Le cancer uréthral apparaît chez un sujet d'un certain âge et débute à la base de la verge ou même dans la région scrotale ; ce siège n'est malheureusement pas réservé exclusivement aux tumeurs car nous avons vu plusieurs exemples de syphilomes scrotaux ou péno-scrotaux.

L'écoulement cancéreux est purulent et souvent strié de sang.

Si l'on explore l'urèthre avec une sonde molle, il saigne abondamment, de plus la sonde ramènera des débris de la tumeur qu'il suffira d'examiner au microscope.

Une induration épithéliomateuse ne restera pas limitée à l'urèthre ; elle va se développer, adhérer aux parties profondes, ulcérer la peau et créer des fistules à bourgeonnements néoplasiques.

A ce moment le diagnostic ne présente évidemment aucune difficulté mais il serait dangereux d'attendre aussi longtemps un signe de certitude car l'heure d'une intervention chirurgicale opportune et efficace serait passée.

S'il s'agit au contraire d'une manifestation syphilitique on a très nettement au palper cette sensation spéciale de « tuyau de pipe » qui met immédiatement sur la voie du diagnostic.

Dans certains cas l'induration a débuté par l'urèthre balanique ; la propagation à l'urèthre pénien aura suivi ; ceci est rare pour les tumeurs.

L'écoulement n'est point sanguinolent mais il peut être ou ne pas être purulent.

Et puis le malade donnera au médecin un renseignement précieux s'il a eu un chancre induré et si ce dernier pense à le lui demander. En général, le syphilome a une marche plus rapide que le cancer et Barthélemy a pu faire un diagnostic en se basant sur ce fait.

L'âge a peu d'intérêt car on trouve le syphilome chez les jeunes gens comme chez les vieillards ; toutefois chez ceux-là les néoplasmes sont rares.

On devra toujours penser aux indurations inflammatoires, à ces variétés froides, lentes, de péri-urèthrites qu'on appelle tumeurs urineuses ; il sera

facile de voir si oui ou non on a affaire à cette variété d'affection.

Ulcérations.— La forme ulcérée soit d'emblée soit surtout consécutivement à une gomme ramollie peut aussi être confondue avec une tumeur maligne. Voici un certain nombre de symptômes qui tendront à éliminer l'idée de cancer.

S'il s'agit d'ulcérations syphilitiques on ne trouve pas d'adhérences aux parties sous-jacentes ; le fond de la plaie est inégal, occupé par une eschare adhérente et jaunâtre ; la nécrose centrale est intense. Les lésions anciennes tendent à la guérison ; les nouvelles à la destruction. Les bords sont amincis, taillés à pic, de couleur livide ; à la base on sent une induration, mais cette induration est indolente à la pression et n'est le siège d'aucune douleur spontanée. Ces lésions sécrètent peu et le pus se concrète à leur surface.

L'épithéliome débute par une saillie ou par une fissure ; son bord est saillant, épais, dur, il saigne beaucoup et sécrète en abondance un liquide sanieux et d'une fétidité spéciale.

Les ganglions inguinaux sont souvent unis aux pelviens par des traînées néoplasiques.

Il est des cas où des erreurs ont été commises. Ozenne cite le cas d'un médecin étranger auquel plusieurs confrères avaient déjà parlé d'amputation quand Verneuil, consulté, reconnut la nature du mal ; il prescrivit des spécifiques ; une prompte guérison s'ensuivit. En 1853, Michaelis ayant à examiner un

homme de soixante ans présentant une ulcération du gland greffée sur la cicatrice d'un chancre phagédénique, crut à un néoplasme ; les nombreux ganglions inguinaux qu'il trouva dans les deux aines empêchèrent seuls une intervention chirurgicale.

Le traitement spécifique eut bientôt raison de la lésion.

M. Simionescu pense que l'on peut confondre une ulcération syphilitique avec l'herpès, l'eczéma, le lupus érythémateux, la balanite érosive circinée. Il nous semble qu'avec un examen attentif il sera toujours possible d'éviter une erreur car ces lésions ont des caractères tout à fait spéciaux.

Ecoulement. — Un écoulement uréthral peut avoir plusieurs causes, aussi ne faut-il pas se hâter de conclure à la blennorragie, sa cause habituelle.

Il est certes des cas où l'état de la verge n'a pu permettre une contagion récente ; on n'a pas à penser alors à une chaudepisse nouvelle ; mais il en est d'autres et c'est l'immense majorité où l'examen attentif du pus et des organes génitaux seul renseignera.

Le pus blennorragique est abondant, épais, crémeux, bien lié, jaune ou jaune verdâtre ; il provient de l'urèthre en entier ; si on presse sur la partie balanique du canal de façon à exprimer par le méat toute la sécrétion qui y est contenue, et qu'on recommence la même manœuvre depuis la racine de la verge, cette seconde pression amène au méat une goutte beaucoup plus volumineuse que la première.

Bien entendu, si le malade vient d'uriner, ce signe n'a aucune espèce de valeur.

La miction, l'érection, l'éjaculation sont très douloureuses ; bref à l'examen bactériologique on trouve le gonocoque.

S'agit-il d'un chancre induré de la fosse naviculaire, l'écoulement est presque nul et constitué par de la sérosité souvent mélangée de sang. Si l'on malaxe légèrement le gland on fait sortir d'abord une sérosité grumeleuse qui ne tardera pas à devenir sanguinolente et même tout à fait sanglante pour peu que cette manœuvre dure.

Nous ne parlerons pas de l'écoulement symptomatique d'un néoplasme ; nous l'avons déjà étudié.

La tuberculose donne lieu à un écoulement ; la coexistence constante d'autres lésions génitales imposera le diagnostic.

Il nous reste encore à parler de l'écoulement symptomatique du syphilome tertiaire de l'urèthre.

Cet écoulement s'établit souvent avec les caractères de la blennorragie subaiguë ; il est variable comme qualité et quantité, parfois jaune purulent avec aspect blennorrhoïde, parfois opalin et tachant le linge, parfois muqueux, incolore et visqueux.

Il peut être complètement indolore et nous avons vu qu'un malade atteint d'écoulement de ce genre avait reconnu lui-même qu'il ne ressemblait en rien à celui qu'il avait eu lors d'une blennorragie.

Rétrécissements. — Nous ne voulons pas dans ce chapitre consacré au diagnostic différentiel des lé-

sions syphilitiques tertiaires omettre les rétrécissements ; nous les avons étudiés déjà, nous avons vu qu'il y en a de plusieurs sortes ; nous n'y reviendrons pas. Ce que nous voulons faire remarquer ici c'est qu'il faut se mettre en garde contre cette tendance qui nous portera tout naturellement, lorsque nous serons en présence d'un rétréci sans autres lésions apparentes, à penser à un de ces rétrécissements si fréquents, il est vrai, dus à la blennorragie.

Nous ne parlerons point des caractères de ces derniers ; ils sont trop connus pour que nous ayions à les énumérer.

PRONOSTIC

D'après les observations que nous avons rapportées on voit que le pronostic du syphilome tertiaire est excellent s'il est diagnostiqué et traité de bonne heure. Les ulcérations se cicatrisent rapidement ; les gommes fondent sous l'influence d'un traitement approprié.

Malheureusement on a parfois à intervenir alors qu'il est déjà trop tard ; des fistules existent qui résisteront au traitement spécifique.

Quant aux rétrécissements il est rare qu'ils disparaissent complètement car l'iodure de potassium est inefficace contre un de leurs éléments constants : le tissu scléreux.

TRAITEMENT

Bien que les lésions syphilitiques tertiaires de l'urèthre aient pu disparaître par le seul traitement local, il est préférable, nous dirons même on doit, leur opposer la médication spécifique générale.

Dans la *Gazette médicale* de Paris, en 1868, Véale disait : « Je refuse de donner de l'iodure de potassium à mes malades, car ce médicament en s'éliminant par les urines est la cause d'une action irritante néfaste, retardant la guérison. »

Aujourd'hui les faits sont là et les exemples abondent qui prouvent que l'iodure de potassium est un excellent remède à employer contre les lésions tertiaires de l'urèthre.

On le prescrira à la dose de 2 à 4 grammes par jour.

On devra toutefois l'associer au mercure car le véritable traitement de ces lésions c'est le traitement mixte et tout particulièrement dans les cas où la maladie a été primitivement méconnue ou imparfaitement soignée.

Quelle est la forme sous laquelle on devra de préférence prescrire le mercure ?

« Les sels insolubles, a dit le professeur Gaucher, sont une hérésie pharmacologique, une méthode aveugle qui expose le malade à de graves accidents. »

Un sel très employé et avec raison est le benzoate de mercure qu'on peut prescrire en injections quotidiennes de 0 gr. 02 à 0 gr. 05 suivant la gravité des accidents.

Voici la solution du professeur Gaucher :

Benzoate de mercure 1 gramme.

Chlorure de sodium 2 gr. 50.

Eau distillée bouillie Q S pour 100 centimètres cubes.

Chaque centimètre cube renferme 1 centigramme de benzoate.

Localement on pourra maintenir l'antisepsie soit de l'urèthre, soit des lésions externes par une solution d'acide borique ou mieux encore de sublimé à 1/5000.

CONCLUSIONS

1° La syphilis tertiaire de l'urèthre est une affection rare ; mais tout en n'étant pas du domaine de la pratique médicale courante nous pouvons avoir à compter avec elle.

2° Elle revêt plusieurs formes : syphilides ulcéreuses, gommes isolées, infiltration gommeuse ou sclérogommeuse, rétrécissements de l'urèthre avec écoulement. Chaque espèce de manifestation a des caractères propres permettant d'en faire le diagnostic.

3° Il faut éviter de confondre les lésions tertiaires de l'urèthre avec des lésions épithéliomateuses, un chancre mou ou une blennorragie, selon la forme sous laquelle elles se montrent.

4° Le syphilome uréthral existe chez les hérédo-syphilitiques.

5° Le pronostic est bénin ; on a toutefois de grands avantages à traiter la lésion de bonne heure car on évitera ainsi d'autres lésions consécutives parfois fort gênantes et ennuyeuses à guérir.

6° Le traitement à employer est le traitement mixte : iodure de potassium et mercure.

BIBLIOGRAPHIE

Albarran. — Semaine médicale, 1894.

Balzer. — Traité pratique des maladies vénériennes, 1897.

Berdal. — Traité des maladies vénériennes, 1902.

Bronson. — Gommes du pénis. Arch. of. Dermat., avril 1877.

Casper. — Beitrag zur pathologie der Harnrohren geschwure. Deuts. Med. Wochens., 1893.

Du Castel. — Leçons cliniques sur les affect. ulc. des organes gén. chez l'homme. Paris, 1891.

Dulong. — Thèse de Paris, 1876.

Faitout. — Gazette des Hôpitaux, 18 septembre 1897.

Finger. — La syphilis, 1895.

Fissiaux. — Thèse de Paris. Rétrécissements de l'urèthre chez la femme, 1879.

Fürbringer. — Traité des maladies des organes génito-urinaires. Trad. française, t. II, p. 485. Paris, 1892.

Fournier. — La syphilis, t. II, 1901.

— Des syphilides génit. ulc. Annales dermat. et syph., 1881.

Gaucher et Rostand. — Annales de derm. et syph., 1904.

Gaucher et Druelle. — Société française de derm. et syphyl., 19 avril 1909.

Hutchinson. — La syphilis, 1897.

Jullien. — Traité pratique des maladies vénériennes, 1899.

Lailler. — Musée de l'hôpital Saint-Louis. Pièce nº 244.

Mauriac. — Syphilis tertiaire, 1892.

Maury (F.-F.). — Obs. sur les maladies tertiaires de l'appareil génit. urin. American Journal, janvier 1871.

Michaelis. — Lésions syph. chez le vieillard. Annales de derm. et syph., t. III, 1871.

Oedmanson. — Nord med. ark, 1877.

Ozenne. — Gommes de la verge. Revue de chirurgie, 1883.

Renault-Alex. — Annales de Derm. et Syph., décembre 1903.

Ricord. — Traité complet des maladies vénériennes, 1891.

Simionescu. — Syphilis de l'urèthre, 1905.

Thompson. — Traité pratique des maladies des voies urinaires, p. 119.

Tourleton. — Syphilitic urethritis. Brit. med. Journ., 1866.

Veale. — Gazette médicale de Paris, 1868.

Virchow. — Wurzbürger Verhandslungen, 1852.

West. — Diseases of Women, 1879.

Zeissl. — Traité clinique et thérapeutique des maladies vénériennes. Paris, 1883.

Vu : Le Président de la thèse
E. GAUCHER

Vu: le Doyen
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. LIARD

Imp. de la Faculté de Médecine, Henri Jouve 15, Rue Racine, Paris.